

# MORTALIDAD INFANTIL Y GASTO PER CAPITA EN SALUD

Dr. Lenín Sáenz <sup>1</sup>

## RESUMEN

La falta de deterioro de la mortalidad infantil durante la crisis de los 80 ha creado dudas sobre su utilidad en situaciones de restricción económica. En esta publicación, se trata de demostrar que sigue siendo útil, cuando su estudio incluye proyecciones de tendencias, abarca distintas áreas geográficas y socioeconómicas y, además de relacionarla con indicadores económicos globales, se les asocia, también, con la evolución del gasto per cápita en salud (GS), en especial con la del de la institución con mayor responsabilidad en labores preventivas y de promoción de la salud.

Se estudia la posible relación entre las políticas sanitarias nacionales prevalentes en distintos períodos, que orientan los recursos hacia determinados tipos de actividades, instituciones o grupos sociales, y el comportamiento de algunos indicadores económicos y de la mortalidad infantil (MI) y la residual (MR).

Para el análisis, se usan series cronológicas preparadas con datos, de documentos oficiales y con tabulaciones a nivel cantonal, desde 1979 hasta 1991. Además, proyecciones de MI y de MR para el resto de la década de los 90, del promedio nacional y de los 30 cantones prioritarios (por sus peores condiciones de salud), basadas en las tendencias de los cinco años anteriores y en proyecciones oficiales de población.

Se señala la similitud que existe, en las dos últimas décadas entre la evolución del ingreso per cápita nacional (IPC) y la del gasto per cápita en salud (GPS) y del gasto per cápita de la Caja Costarricense de Seguro Social (GPSS), y su diferencia con la del gasto per cápita del Ministerio de Salud (GPMS). También, la concordancia entre las variaciones de este último y las de la MI y la MR, así como la coincidencia, en dos ocasiones, entre reducción de dicho gasto y la interrupción de una tendencia, en ambas mortalidades, al cierre de la brecha entre los cantones prioritarios y los no prioritarios, situación que afecta en especial a los cantones prioritarios. Se muestra que, en condiciones de deterioro, el promedio nacional pueden enmascarar el de las áreas geográficas y los grupos humanos con peores situaciones socioeconómicas.

Durante la década de los 70, el descenso acelerado de ambas mortalidades coinciden con un ascenso de los cuatro indicadores económicos descritos, que facilita una agresiva política sanitaria, de predominio preventivo. Durante la crisis de los 80 descienden todos al inicio, pero después, mientras ascienden los tres primeros, el GPMS, que también ha caído, se mantiene estacionario durante el resto de la década de manera que coincide con una gran desaceleración inicial y un posterior estacionamiento del ritmo de mejoría de las mortalidades estudiadas. Una nueva reducción del GPMS, al final de los años 80 e inicio de los 90, coincide con una modificación de las tendencias de esas mortalidades, que parece interrumpir la posibilidad de que se lleguen a igualar sus tasas en los cantones prioritarios y los no prioritarios.

Se concluye que una gran proporción de la influencia del crecimiento económico sobre la situación de salud del país se ejerce sobre la posibilidad de asignar recursos a este sector, que se puede incrementar de manera sustancial cuando existe voluntad política de hacerlo, y puede conducir, con un uso equitativo y racional, al logro de mejores situaciones de salud.

## INTRODUCCION

La falta de deterioro de la mortalidad infantil durante la crisis de los 80, ha hecho dudar, a muchos, de la credibilidad de este valioso indicador. En esta publicación, se pretende mostrar su utilidad para el análisis y la evaluación de políticas en situaciones de restricción económica, cuando cumple los siguientes requisitos:

- 1.- Su estudio no se circunscribe al examen de los datos registrados, sino que incluye, además el de las proyecciones de las tendencias existentes en un período anterior al inicio de tales limitaciones.

<sup>1</sup> Director de la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud de Costa Rica.

- 2.- Su revisión no se reduce al promedio nacional, sino que abarca, también, las cifras correspondientes a distintas áreas geográficas, con diferentes condiciones socioeconómicas.
- 3.- Su observación se asocia, no sólo con la de la evolución de indicadores económicos globales, sino, además, con la del gasto en salud y, en especial, con la del gasto per cápita de la institución, con mayores responsabilidades en aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### Material de métodos

Con base en anuarios estadísticos y tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos y en tabulaciones del Ministerio de Salud (MS), se prepararon series cronológicas de mortalidad infantil (MI) y residual (MR), desde 1970 hasta 1991. Para los años faltantes de la década de los 90, se elaboraron tres tipos de proyecciones, basadas en las tendencias del último quinquenio disponible: una del promedio nacional, otra del conjunto de 30 cantones definidos como prioritarios por sus peores condiciones de salud y una tercera de los 51 cantones restantes, considerados como no prioritarios. Se usó el cantón como la mínima división territorial de la que se puede conseguir suficiente información estadística<sup>(13)</sup>.

Para la selección de los 30 cantones prioritarios, se usó un indicador resumen, elaborado con 7 indicadores de mortalidad (general, infantil, postneonatal, de uno a cuatro años, por diarrea, por infección respiratoria aguda, y por enfermedades infecciosas y parasitarias) y 5 de condiciones sociales (estado nutricional, disponibilidad de agua potable, adecuada disposición de excretas, estado de la vivienda y existencia de organizaciones comunitarias). En el mapa anexo, se muestran los cantones prioritarios, agrupados en cinco áreas que presentan similitudes socioeconómicas y epidemiológicas<sup>(11)</sup>.

Para el estudio de la situación económica se empleó información obtenida del Banco Central de Costa Rica, por la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud, así como memorias de esta institución y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Para evaluar su impacto sobre la mortalidad estudiada, se asoció la evolución de ésta con la del gasto per cápita del (MS), porque ésta es la Institución con mayores responsabilidades en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se utilizó el gasto per cápita para evitar las distorsiones que pudiera producir el tamaño de la población; para las debidas al factor inflacionario, se trabajó con colones a valor constante de 1966.

### Resultados

La información económica empleada se resume en el cuadro 1. El cuadro 2 registra las series cronológicas de

MI de 1970 a 1979; el 3; las de 1980 a 1989; el 4, las de 1990 a 1999, con base en las cifras disponibles hasta 1989; y el 5, con las disponibles hasta 1991. Los cuadros 6, 7, 8, y 9 registran las MR de estos mismos períodos. Los datos de 1970 a 1991 son los oficiales; los de 1992 a 1999 corresponden a proyecciones simples de las tendencias existentes en el quinquenio anterior. Para tratar de medir el impacto de las medidas de ajuste aplicadas a partir de 1990, se elaboraron dos tipos de proyecciones para la década de los 90: una con los datos existentes hasta 1989 y otras que incluye los de 1990 y 1991.

Los gráficos 1 a 8, con la información antes indicada, facilitan el análisis de la evolución de la MI y de MR entre 1970 y 1990 y sus posibles relaciones con algunos factores económicos. Los gráficos 1 y 6 ilustran, además, sobre la forma en que se habría comportado la MI si se hubiesen mantenido las tendencias del quinquenio anterior a partir de 1980, año en que se inició un fuerte descenso del gasto per cápita en salud.

En el cuadro 1 se aprecia como, con excepción de una leve disminución entre 1974 y 1975, el Ingreso Per Cápita (IPC) aumenta en el transcurso de toda la década de los 70. A partir de 1980, sufre una fuerte caída que se prolonga hasta 1983 y la lleva a cifras similares a las de diez años antes, para iniciar su recuperación en 1984 y mantenerla durante el resto de la década de los 80, con excepción de un moderado descenso en 1985. También se observa cómo el gasto per cápita en Salud (GPS) evoluciona en forma similar a la de IPC.

El gráfico 1 muestra la coincidencia entre el ascenso indicado la rápida caída de la mortalidad infantil, entre 1970 y 1981, así como el estancamiento de esta mejoría a partir de entonces, que coincide la caída del IPC. Se puede apreciar, además, la forma en que este indicador habría continuado su descenso si hubiese mantenido la tendencia manifiesta durante el quinquenio anterior (Tend Nac). Llama la atención que, a pesar de la recuperación del IPC, iniciada a partir de 1984, la MI permanece casi estacionaria hasta 1987, y sólo hasta 1988 reinicia un ligero descenso, que interrumpe nuevamente en 1990.

En el gráfico 2, que describe el comportamiento, durante el período 1970-1990, el GPS y del gasto per cápita de las dos mayores instituciones de salud, se aprecia que, hasta 1975, todos estos indicadores tienen en trayecto ascendente. Entre 1976 y 1978, mientras el gasto per cápita del Ministerio de Salud (GPMS) disminuye, el de la CCSS (GPSS) continúa ascendiendo, situación que coincide con el traspaso a la CCSS de los hospitales que estaban bajo la jurisdicción del MS. Sin embargo, a partir de entonces, el GPSS continúa ascendiendo en forma paralela al GPS, del cual forma parte, pero el GPMS permanece casi estacionario, con una trayectoria similar a la de la mortalidad infantil. Un pequeño ascenso del GPMS, en 1986 es seguido, un año después, por un leve descenso de la MI, que se aprecia en el gráfico 3, en el que llama la atención que el descenso de la MI no se afecta por la disminución descrita del GPMS, entre

1976 y 1978, cuando se traspasa la gran proporción de atención hospitalaria que, hasta entonces, tenía a su cargo el MS. Pareciera que al no afectar esa reducción sus actividades preventivas, no repercute sobre los indicadores de salud. Sin embargo, en este mismo gráfico, y en el 4 con mayor detalle, se puede apreciar que los posteriores descensos o ascensos del GPMS coinciden con variaciones en sentido inverso de la MI, uno o dos años después. Cabe recordar que las modificaciones estructurales de los años 70 y los esfuerzos de la integración de servicios de principios de los 80 dejaron prácticamente a cargo de la CCSS la atención curativa, y del Ministerio, la preventiva.

El gráfico 5 muestra que las modificaciones del GPMS afectan más a la MI de los cantones prioritarios que al promedio nacional. La persistencia de las tendencias existentes hasta el inicio de la década de los 80 hubiese permitido, en pocos años, el cierre de la brecha existente entre ellos. Sin embargo, la reducción del GPMS parece haberlo impedido. Además, su descenso en el período 80-83 parece coincidir con un aumento de la MI en los cantones prioritarios (MICP) entre 1982 y 1986, y su ascenso, entre 1983 y 1986, con la disminución de ella, al final del decenio, a pesar de que, aparentemente, no afecta la evolución del promedio nacional de esa mortalidad.

El gráfico 6 destaca el paralelismo existente, entre 1970 y 1990, entre la MI y la MR, y su relación, ya señalada, con el GPMS.

El gráfico 7 muestra la forma en que evoluciona, durante el período 1979-89, la MR en los cantones prioritarios (MRCP) y en el resto del país, y la forma en que los descensos o los ascensos del GPMS coinciden, uno o dos años después, con modificaciones inversas de la MRCP. Sin embargo, también en este gráfico, y con mayor detalle en el 8, se observa, entre 1987 y 1989, un descenso simultáneo del GPMS y de la MR en los cantones prioritarios, que contradice lo expuesto anteriormente. Sin embargo, esto podría explicarlo la prioridad que se dió a tales cantones en 1986, que se descuidó en 1989.

En el gráfico 9, con cifras reales hasta 1989 y con la proyección de las tendencias del quinquenio anterior, se aprecia que, a pesar de que hasta entonces es mortalidad infantil es más alta en los cantones prioritarios, su mayor tendencias al descenso en ellos habría llevado a una igualación de sus tasas con las de los no prioritarios, alrededor de 1994. En el gráfico 10, al agregar las cifras de 1990 y 1991, que coinciden con una disminución del GPMS que se venía produciendo desde 1986, se aprecia una reducción notable de estas tendencias, que hará que la brecha entre dichos cantones, en vez de cerrarse en el curso de la presente década, más bien se amplie.

Los gráficos 11 y 12, elaborados con cifras reales hasta 1989, el primero, y hasta 1991, el segundo, muestran que la mortalidad residual también ha modificado su tendencia. En el 12, se aprecia cómo la descendente en los cantones prioritarios ha sido sustituida por otra ascendente.

## Discusión

Durante la década de los 70, en Costa Rica, creció en forma sustancial el Producto Interno Bruto. Al mismo tiempo, la participación del gasto en salud en el PIB se incrementó, para pasar del 5,1% al 7,6%, y permitió sustentar una política de salud, que se mantuvo durante la mayor parte del decenio, cuya ejecución condujo a cambios sustanciales en la legislación sanitaria y en la estructura de los servicios de salud, a gran ampliación de su cobertura, al desarrollo de nuevos programas de atención primaria y de enormes programas de alimentación complementaria, a la ampliación legal del financiamiento de los mismos y a la concentración de los nuevos recursos en los grupos humanos con mayores posibilidades de enfermar y morir por la patología prevalente, y en los problemas sanitarios más vulnerables con la tecnología disponible, dando gran énfasis a la educación para la salud y a la prevención de enfermedades prevenibles por medio de inmunizaciones y de saneamiento ambiental básico<sup>(2,10)</sup>.

Contrastando con esta situación, la década de los 80 se inició bajo los efectos de la crisis, que obligó a aumentar la carga tributaria y a limitar la expansión del gasto público, con una disminución sustancial del gasto en salud<sup>(12)</sup>, en colones a valor constante, cuya participación en el PIB, que la llevó a 5,7% en 1983, cifra inferior a la que se había alcanzado en 1975. Esta reducción y la caída del IPC nacional coincidieron con una gran desaceleración del ritmo de mejoría de la mortalidad infantil y de la de 1 a 4 años, que fueron las más afectadas, aunque no llegaron a sufrir el deterioro que se temía ante la grave crisis socioeconómica.

Después de una breve recuperación al inicio de la década de los 90, se acentuó la disminución del GPMS, a pesar del incremento aparente del gasto total en salud. Al respecto, cabe llamar la atención sobre la conveniencia de analizar al respecto el gasto per cápita más que el gasto total, ya que no hacerlo expone a distorsiones semejantes a las del uso de moneda a valor corriente, en vez de a valor constante.

Los ascensos y descensos del IPC, los de GPS y los del gasto per cápita de cada institución de salud, permiten identificar su coincidencia con las políticas nacionales y existentes en cada período, en tanto que implican una asignación de recursos hacia determinados tipos de actividades, instituciones o grupos sociales. Así, durante la década de los 70, se aprecia un fuerte apoyo financiero al MS, responsable de las actividades de prevención y promoción de la salud, mientras en la de los 80 no se da la misma prioridad, y el mayor soporte lo recibe la institución responsable de las actividades curativas. Como se ha señalado, los resultados se reflejan en el comportamiento de la MI.

Resulta evidente la coincidencia entre la mejoría de la situación económica durante la década de los 70 y la rápida caída de la MI y de su componente residual, que es el más afectado por factores socioeconómicos y ambientales, así como la forma en que esta mejoría inicia su estancamiento, de manera coincidente en la caída

del IPC y en especial, del GPMS. También resulta evidente de que estos indicadores sanitarios habrían continuado su descenso si se hubiese mantenido la tendencia que se había manifestado durante el quinquenio anterior.

Aunque GPS asciende, o se reduce, casi en los mismos años en que lo hace el IPC, el comportamiento del gasto per cápita difiere en las dos mayores instituciones de salud. Hasta 1975, en ambas sigue un trayecto ascendente, mientras también ascienden el IPC y el GPS. Entre 1976 y 1978, mientras el GPS y el GPSS continúan su ascenso, el GPMS comienza a descender, en forma justificada, por el traspaso de hospitales, hasta 1988. Desde entonces, después de que cesa esa justificación, permanece casi estacionario, con una trayectoria similar a la de la mortalidad infantil, que interrumpe el descenso acelerado que había alcanzado en la década anterior. Resulta evidente que una política de salud de carácter integral, que le dio gran importancia a la atención primaria, y en especial a las actividades de prevención y promoción de la salud, se vio interrumpida en la década de los 80, con la consiguiente reducción del gasto orientado hacia tales actividades, mientras se recuperaba el destinado a actividades curativas. También resulta lógica la forma en que cesa, desde entonces, el veloz descenso de la MI, que prácticamente se convierte en un estancamiento de este indicador. Además, se hace patente que esta situación afecta en especial a los cantones prioritarios que, uno o dos años después, experimentan modificaciones inversas a los descensos o los ascensos del GPMS, mientras el promedio nacional permanece estacionario, como ocurrió en la década de los 80, o mantiene su tendencia descendente, como lo muestran las proyecciones de los 90. De esta manera, el promedio nacional enmascara el deterioro que se produce en las áreas geográficas y en los grupos humanos con peores situaciones socioeconómicas.

Llama la atención que la reducción del GPMS ha coincidido, en dos ocasiones, al inicio de las décadas de los 80 y de los 90, con la interrupción de la posibilidad de cerrar la brecha entre la MI y la MR de los cantones prioritarios y las de los no prioritarios. Aunque la influencia del desarrollo económico sobre la situación de salud del país es indiscutible, resulta evidente que una gran proporción de ella se ejerce sobre la posibilidad de asignar recursos a ese sector, que se puede incrementar cuando existe la voluntad política de hacerlo, y puede conducir, si se les usa en la forma equitativa y racional, al logro de situaciones de salud superiores a las tradicionales se ha considerado que deben corresponder a determinado nivel de desarrollo. Este uso equitativo y racional de los recursos debe incluir su asignación prioritaria a las áreas geográficas y a los grupos humanos más deteriorados, y debe dar énfasis a las actividades preventivas y promoción de salud, sin que esto implique el descuido del resto de la población.

Al considerar que una gran proporción de la influencia del crecimiento económico sobre la salud se ejerce sobre la potencialidad de asignar recursos cuya distribución obedece a decisiones políticas, resulta evidente que la posibilidad de que los países pobres alcancen "salud para todos" depende de que sus autoridades tengan la suficiente

voluntad política, y hagan los esfuerzos necesarios para lograrlo<sup>(12)</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Caja Costarricense de Seguro Social, **Anuario estadístico**, 1980-1992.
- 2.- Dirección General de Estadística y Censos. **Anuario estadístico de Costa Rica, 1970 a 1980**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud.
- 3.- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Centro Latinoamericano de Demografía y Dirección General de Estadística y Censos. **Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025**. 1988.
- 4.- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Sistema de Indicadores Sociales. **Evolución Social de Costa Rica. Período 1980-1985**. Documento preliminar. 1986.
- 5.- Ministerio de Salud. **Memoria Anual**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud, 1970 a 1992.
- 6.- Ministerio de Salud. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación. **Anuario. Informaciones estadísticas**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud, 1970 a 1992.
- 7.- Ministerio de Salud. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación. **Tasas de mortalidad infantil por cantón y región de salud. 1971-1990**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud, 1982.
- 8.- Ministerio de Salud. Unidad Sectorial de Planificación. **Salud en Costa Rica (Evaluación de la situación en la década de los años 70)**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud, 1981.
- 9.- Sáenz, Lenín. **Hacia un sistema nacional de salud en Costa Rica**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud. 1983.
- 10.- Sáenz, Lenín. **Salud sin riqueza (El caso de Costa Rica)**. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud.
- 11.- Sáenz, Lenín. **Definición de cantones prioritarios en salud. Una propuesta de metodología**. Comunicación personal al Dr. Edgar Mohs, Ministerio de Salud, 1986.

12.- Sáenz, Lenín. **Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país.** Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud. 1985.

13.- Sáenz, Lenín. El uso de escenarios en la planificación de la salud, **Revista de Salud Pública.** Año 2, No.2, julio 1983.

CUADRO No.1  
INDICADORES ECONOMICOS DE COSTA RICA\*  
1970 a 1991

GASTOS EN SALUD			GASTOS PER CAPITA EN SALUD		
Años	ING. Per Cápita	Millones	País	M.S.	C.C.S.S.
1970	3219.19	266.2	153.80	45.23	64.07
1971	3348.31	318.4	179.10	53.92	70.24
1972	3531.89	337.3	185.04	51.15	79.57
1973	3711.89	346.1	185.27	89.95	82.96
1974	3820.09	377.2	196.80	90.84	93.66
1975	3781.35	346.1	217.56	88.92	111.91
1976	3892.96	388.4	191.76	65.86	111.53
1977	4114.34	401.0	192.14	48.53	129.60
1978	4241.82	406.1	188.78	33.94	141.26
1979	4318.71	461.6	208.18	36.81	156.42
1980	4223.17	500.07	219.17	38.71	164.12
1981	4007.26	508.5	216.10	37.58	162.24
1982	3606.93	459.2	189.45	34.54	142.38
1983	3602.95	529.5	212.14	29.59	147.10
1984	3781.52	647.6	252.10	36.73	158.16
1985	3703.38	612.7	231.91	35.02	162.63
1986	3802.26	676.2	248.97	47.79	171.58
1987	3876.47	727.7	260.77	36.87	184.83
1988	3904.51	784.7	273.81	35.73	187.90
1989	4021.95	876.3	297.99	33.22	234.88
1990	4056.53	890.3	295.33	33.60	227.69
1991	4113.69	1107.2	274.87	29.70	224.89

\* En ₡ de 1986

CUADRO No.2  
MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA\*  
1970 A 1979

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
PROMEDIO	61,52	56,46	54,44	44,79	37,57	37,86	33,15	27,84	22,27	22,17
Cant. NO prioritarios	53,22	46,23	44,60	38,73	32,71	31,01	27,07	23,96	20,43	19,70
Cant. Prioritarios	78,20	74,23	71,60	56,15	46,02	50,75	44,77	35,56	25,86	27,01

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

CUADRO No.3  
MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA\*  
1980 A 1989

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PROMEDIO	19,10	17,92	18,94	18,64	18,82	17,67	17,79	17,44	14,67	13,90
Cant. NO prioritarios	17,32	15,66	16,82	16,51	17,06	16,01	14,10	15,65	13,60	13,41
Cant. Prioritarios	22,74	22,70	24,23	23,87	23,11	20,78	24,73	20,84	16,84	14,89

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.4**  
**MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA\***  
**1990 A 1999**  
**CIFRAS REALES HASTA 1989**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PROMEDIO	13,18	12,46	11,74	11,02	10,30	9,58	8,86	8,14	7,42	6,70
Cant. NO prioritarios	12,83	12,21	11,58	10,94	10,31	9,62	8,97	8,33	7,69	7,04
Cant. Prioritarios	13,89	12,98	12,07	11,19	10,27	9,50	8,80	8,33	7,87	7,39

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.5**  
**MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA\***  
**1990 A 1999**  
**CIFRAS REALES HASTA 1991**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PROMEDIO	15,26	13,86	13,22	12,59	11,95	11,32	10,68	10,05	9,41	8,78
Cant. NO prioritarios	13,96	12,51	11,92	11,34	10,75	10,17	9,58	9,00	8,42	7,83
Cant. Prioritarios	17,73	16,57	16,39	16,21	16,02	15,83	15,63	15,42	15,21	14,99

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.6**  
**MORTALIDAD POSTNEONATAL EN COSTA RICA\***  
**1970 A 1979**

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
PROMEDIO	36,32	31,33	31,67	24,02	19,85	19,76	15,74	12,90	9,22	9,55
Cant. NO prioritarios	28,00	29,17	23,92	17,29	12,52	14,53	9,22	10,33	7,33	7,59
Cant. Prioritarios	53,07	35,07	45,19	36,66	32,57	29,62	28,21	18,01	12,91	13,90

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.7**  
**MORTALIDAD POSTNEONATAL EN COSTA RICA\***  
**1980 A 1989**

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PROMEDIO	7,93	7,21	7,88	7,39	7,19	6,41	7,24	7,33	5,32	5,06
Cant. NO prioritarios	6,15	5,16	5,63	4,88	5,30	6,22	5,87	5,68	4,06	4,47
Cant. Prioritarios	11,57	11,54	12,28	12,26	10,88	6,79	28,21	18,01	12,91	13,90

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.8**  
**MORTALIDAD POSTNEONATAL EN COSTA RICA\***  
**1990 A 1999**  
**CIFRAS REALES HASTA 1989**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PROMEDIO	4,72	4,38	4,04	3,70	3,36	3,02	2,68	2,34	2,00	1,66
Cant. NO prioritarios	4,16	3,89	3,61	3,32	3,02	2,71	2,37	2,02	1,67	1,31
Cant. Prioritarios	6,03	5,87	5,70	5,53	5,35	5,18	5,04	4,90	4,76	4,61

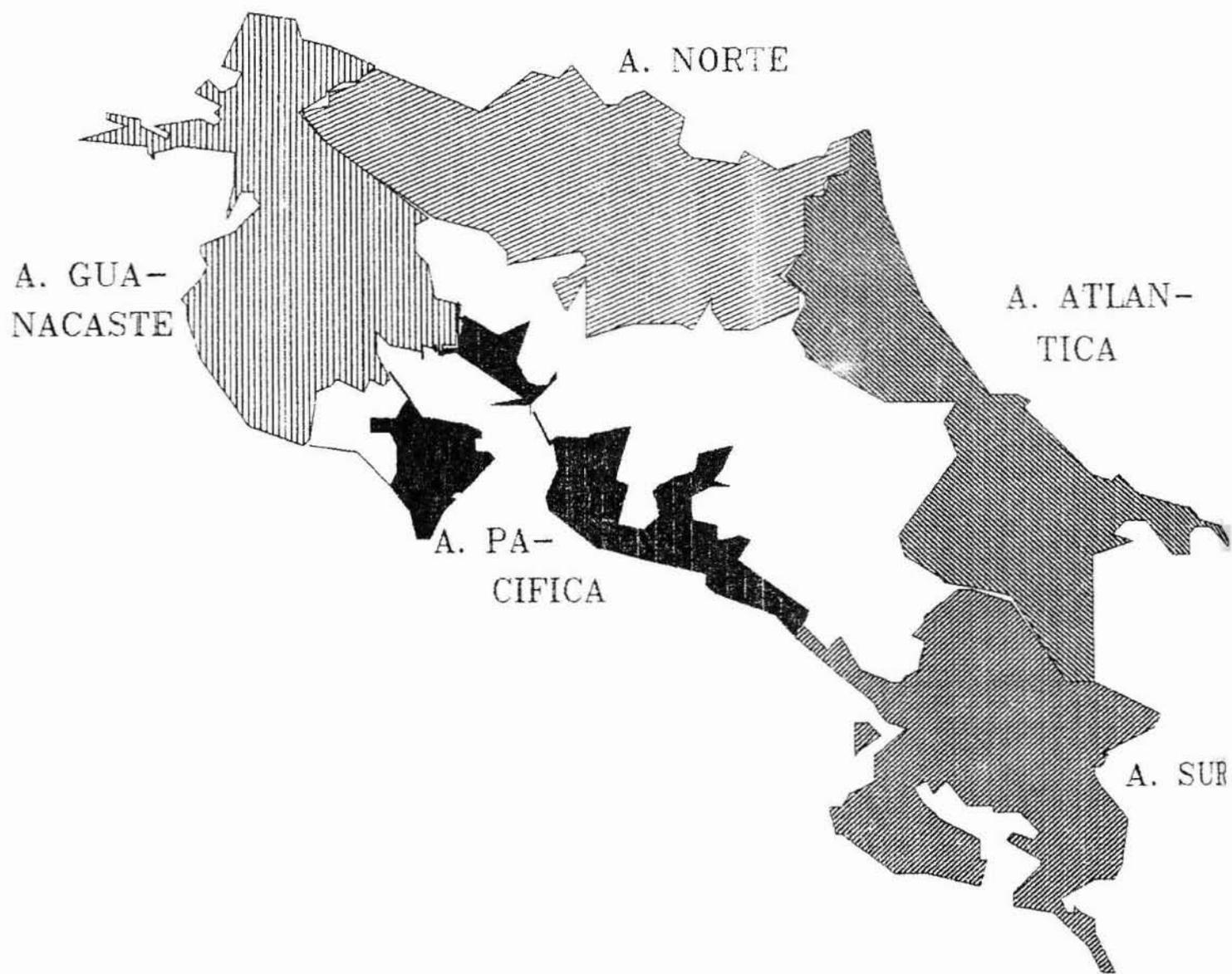
\* Tasa por mil nacidos vivos.-

**CUADRO No.9**  
**MORTALIDAD POSTNEONATAL EN COSTA RICA\***  
**1990 A 1999**  
**CIFRAS REALES HASTA 1991**

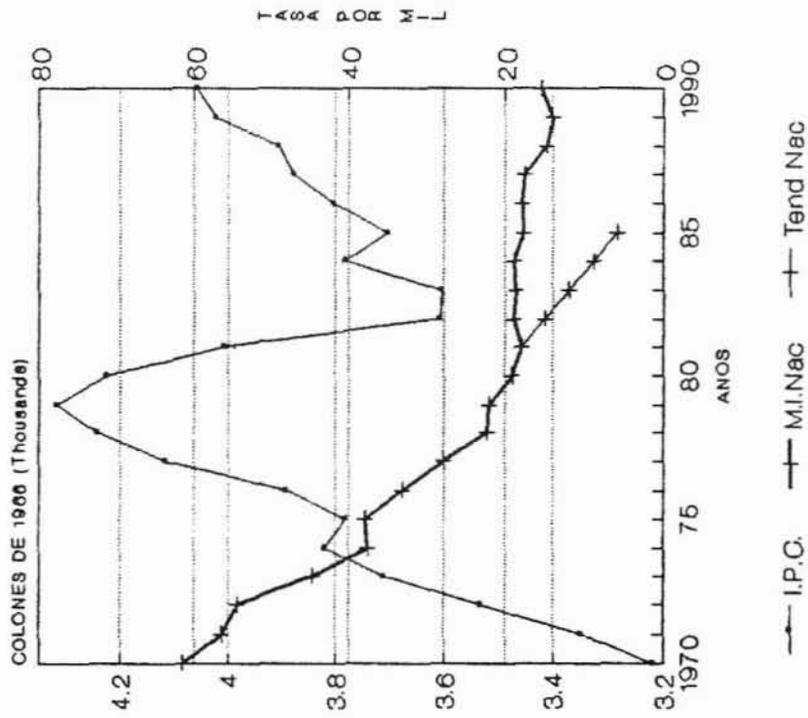
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PROMEDIO	6,14	5,28	5,08	4,88	4,67	4,47	4,26	4,04	3,83	3,61
Cant. NO prioritarios	5,20	4,27	3,94	3,60	3,27	2,94	2,60	2,26	1,92	1,58
Cant. Prioritarios	8,01	7,30	7,90	7,49	7,57	7,66	7,76	7,84	7,93	8,01

\* Tasa por mil nacidos vivos.-

# CANTONES PRIORITARIOS DE COSTA RICA

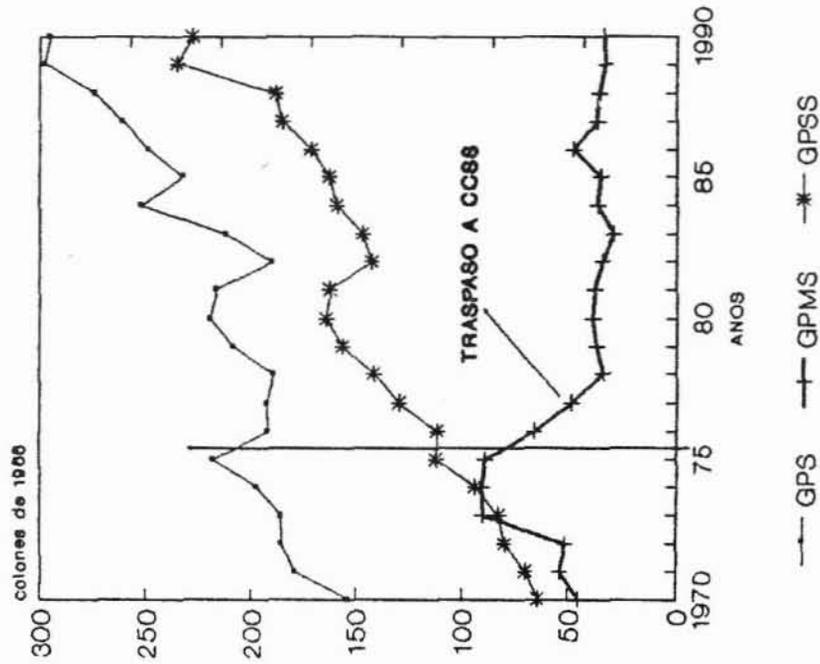


**GRAFICO 1**  
**INGRESO PER CAPITA Y MORTALIDAD INFANTIL**  
**COSTA RICA, 1970 A 1990**



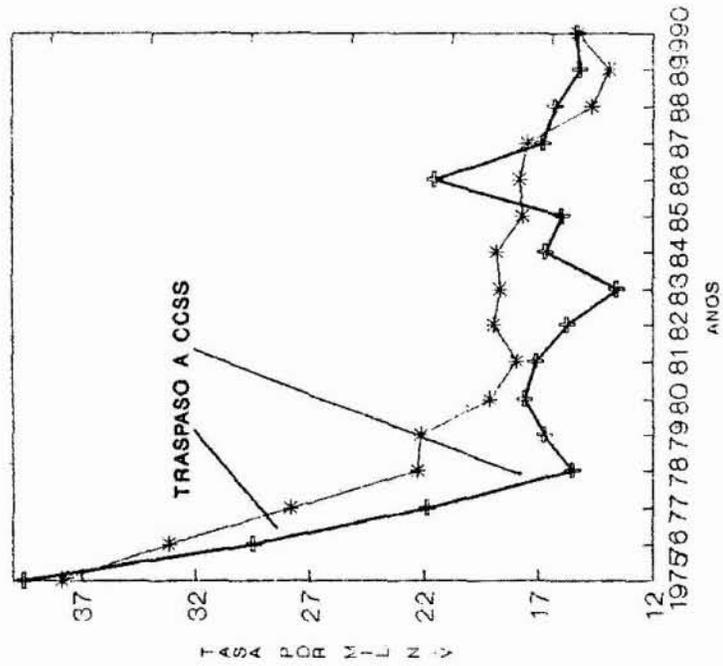
FUENTES: BANCO CENTRAL DE COSTA RICA  
 TABLAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTADÍSTICAS DE  
 DIRECCION GRAL. DE ESTADIST. Y CENSOS.

**GRAFICO 2**  
**GASTO PC EN SALUD**  
**COSTA RICA, 1970 A 1990**



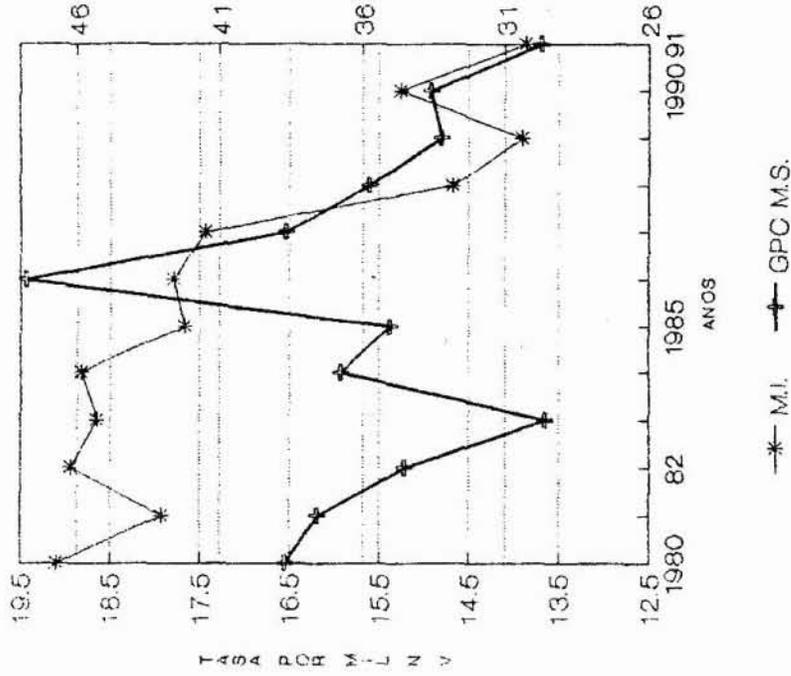
FUENTES: Memorias del M.S. y tabulaciones  
 con el método de Planificación del  
 M.S. Salud

**GRAFICO 3**  
**GASTO PC DEL MIN. SALUD Y MORTALIDAD INF**  
**COSTA RICA, 1976 A 1990**



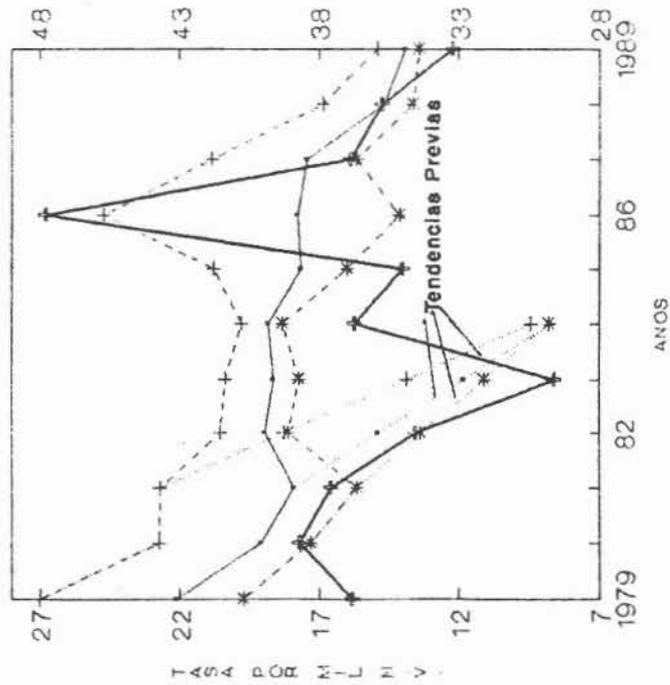
FUENTES: Memorias del M.S. y Tabulaciones de la Unidad Sect. de Planificación del Min. Salud

**GRAFICO 4**  
**GASTO PC DEL MIS SALUD Y MORTALIDAD INFANT**  
**COSTA RICA, 1979 A 1991**



FUENTES: TABULACIONES Y ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE DIRECCIÓN GRAL. DE ESTADÍST. Y CENSOS

GRAFICO 5  
MORTALIDAD INFANTIL  
COSTA RICA, 1970 A 1987



FUENTES  
TABULACIONES Y ANUARIOS ESTADISTICOS DE  
DIRECCION GRAL. DE ESTADIST. Y CENSOS

GRAFICO 6  
MORTALIDAD INFANTIL Y RESIDUAL Y GPMS  
COSTA RICA, 1970 A 1990

GRAFICO 7

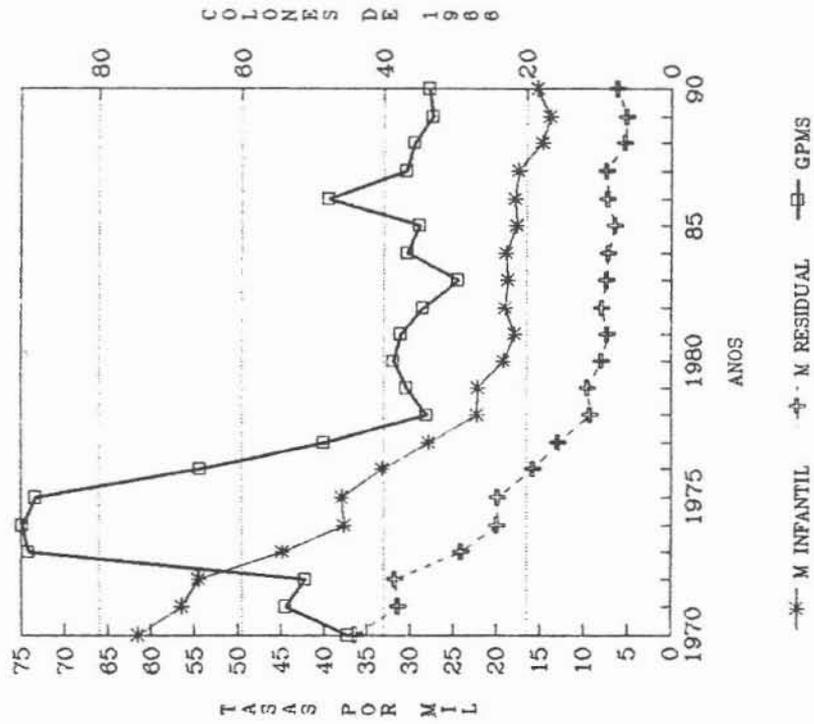
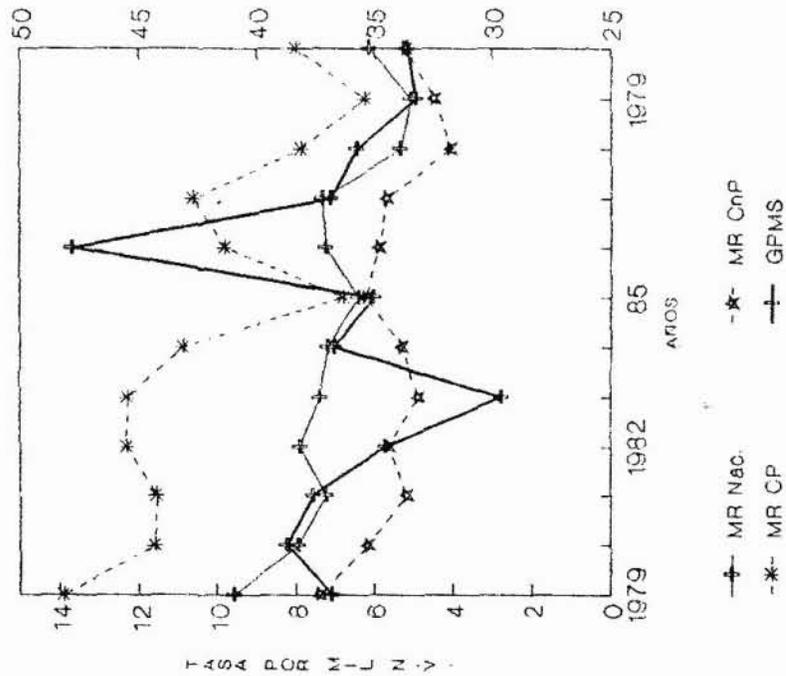


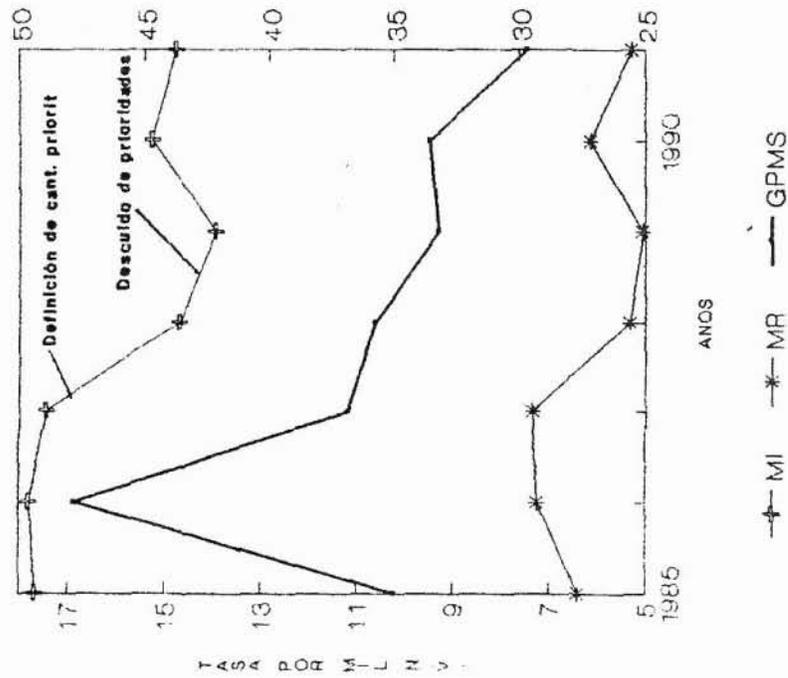
GRAFICO 8  
Tasas por mil nacidos vivos

**GRAFICO 7**  
**MORTALIDAD RESIDUAL Y GASTO PC MS**  
**COSTA RICA, 1970 A 1980**



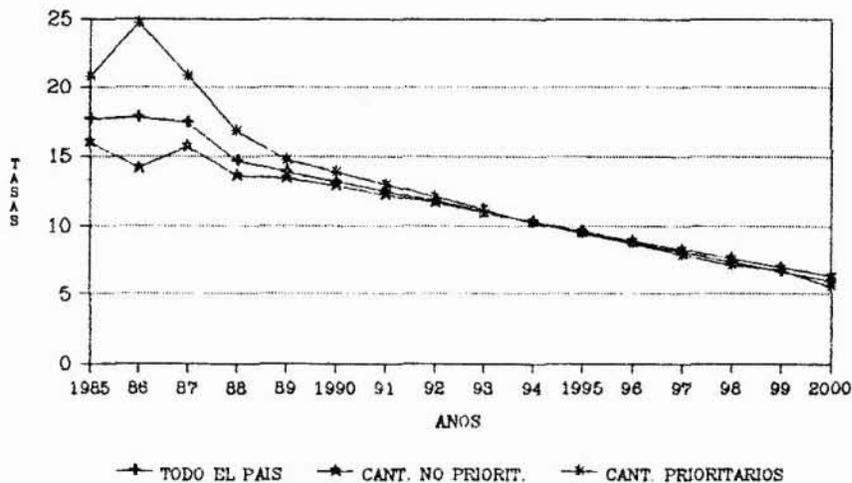
FUENTES:  
 TABULACIONES Y ANUARIOS ESTADISTICOS DE  
 DIRECCION GRAL. DE ESTADIST. Y CENSOS.

**GRAFICO 8**  
**MORTALIDAD INFANTIL Y RESIDUAL**  
**COSTA RICA, 1970 A 1989**



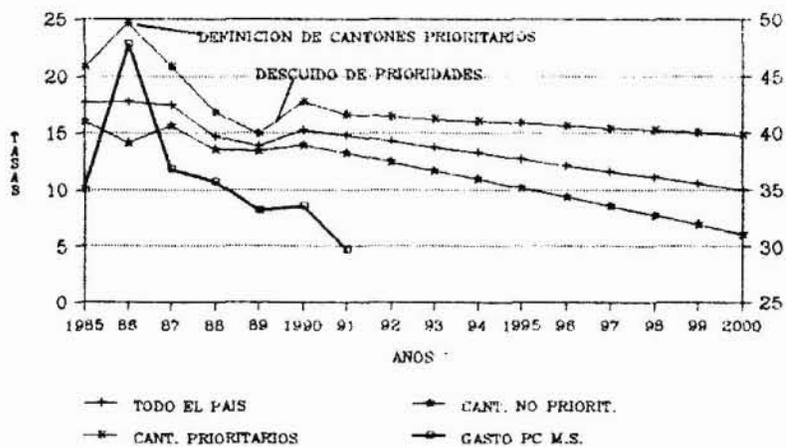
FUENTES:  
 TABULACIONES Y ANUARIOS ESTADISTICOS DE  
 DIRECCION GRAL. DE ESTADIST. Y CENSOS.

GRAFICO 9  
MORTALIDAD INFANTIL EN CANTONES  
COSTA RICA, 1985 A 2000  
(CIFRAS REALES HASTA 1989)



Tasas por 1000 N.V.  
Fuentes: Tabulaciones de la Dir. Gral.  
de Est. y Censos y Depto. Est. Min. Sal.

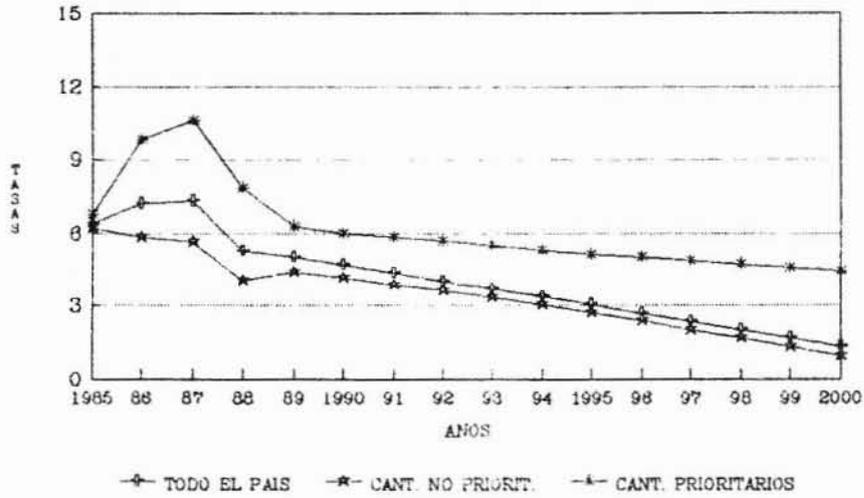
GRAFICO 10  
MORTALIDAD INFANTIL EN CANTONES  
COSTA RICA, 1985 A 2000  
CIFRAS REALES HASTA 1991



(CIFRAS REALES HASTA 1990)

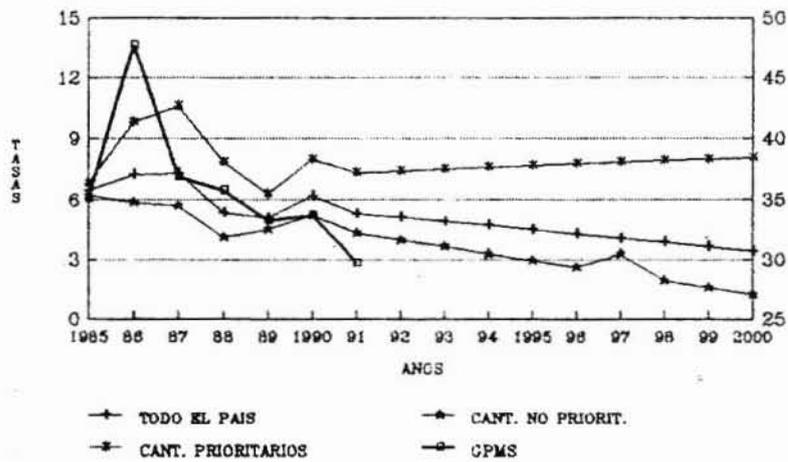
Tasas por 1000 N.V.  
Fuente: Tabulaciones de la Dir. Gral. de  
Estad. y Censos y Del Depto. de Est. M.S.

GRAFICO # 11  
MORTALIDAD RESIDUAL  
COSTA RICA, 1985 A 2000  
(CIFRAS REALES HASTA 1989)



Tasas por 1000 N.V.  
Fuente: Tabulaciones de la Dir. Gral. de  
Est. y Censos y Depto. de Est. del M.S.

GRAFICO # 12  
MORTALIDAD RESIDUAL EN CANTONES  
COSTA RICA, 1985 A 2000  
(CIFRAS REALES HASTA 1991)



Tasas por 1000  
Fuente: Tabulaciones de Dir. Gral. de  
Est. y Censos y Depto. de Est. del M.S.